VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

## PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI DO SPRAW KONTROLI PAŃSTWOWEJ (NR 154)**

z dnia 23 kwietnia 2015 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 154)

23 kwietnia 2015 r.

Komisja do Spraw Kontroli Państwowej, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Mariusza Błaszczaka (PiS)**, przewodniczącego Komisji, oraz **Andrzeja Kani (PO),** zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

**– informację Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym,**

**– informację Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli funkcjonowania systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** oraz Piotr Warczyński podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jacek Uczkiewicz** oraz Wojciech Kutyła wiceprezesi Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Jolanta Antoniewicz-Papis** dyrektor Narodowego Centrum Krwi wraz ze współpracownikiem, **Magdalena Łętowska** zastępca dyrektora ds. transfuzjologii w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii, **Iwona Kasprzak** dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Anna Chabiera** sekretarz Komisji ds. Osób Starszych na Wydziale Prawa Antydyskryminacyjnego Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Tadeusz Cieśluk** i **Tadeusz Oset** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Porządek posiedzenia został państwu dostarczony. Czy są do niego jakieś uwagi? Nie słyszę. Stwierdzam, że porządek został przyjęty.

Przystępujemy do realizacji punktu pierwszego porządku posiedzenia – rozpatrzenia informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Proszę przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli, pana prezesa Uczkiewicza o zabranie głosu.

**Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli Jacek Uczkiewicz:**

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, kontrolę, o której mowa, Najwyższa Izba podjęła inicjatywy własnej. Kontrolą objęliśmy 14 jednostek: Ministerstwo Zdrowia, Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, 3 oddziały wojewódzkie, 9 podmiotów leczniczych. Objęliśmy nią okres od 1 stycznia 2011 roku do zakończenia czynności kontrolnych, czyli do listopada 2014 roku.

Szanowni państwo, uzasadnieniem dla podjęcia tej kontroli są zachodzące w naszym kraju procesy demograficzne. Przypomnę, że osoby powyżej 65 roku życia stanowią dzisiaj 15 proc. populacji, a w roku 2035 udział ten wzrośnie według prognoz do ponad 23 proc., przy czym znacząco również zwiększy się udział kosztów leczenia tych osób w kosztach ogólnych, które ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia – z 35 proc. obecnie do 58 proc. Średnie wydatki ponoszone przez Fundusz na leczenie osoby uprawnionej powyżej 65 roku życia są ok. 3-krotnie wyższe niż średnie koszty ponoszone na osobę w wieku poniżej tej granicy. Dlatego właśnie Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę geriatrycznej opieki medycznej, dedykowanej osobom w podeszłym wieku.

Jakie są główne ustalenia? Pierwsze i podstawowe jest takie, że w Polsce nie ma w praktyce systemu opieki geriatrycznej, systemu, czyli spójnego, logicznego zespołu

działań, procedur ukierunkowanych na osiągnięcie celu, jakim jest zapewnienie osobom w wieku podeszłym opieki medycznej zgodnej ze standardami europejskimi. Na sierpień 2014 roku w Polsce pracowało 321 specjalistów w dziedzinie geriatrii, czyli na 100 tys. mieszkańców wskaźnik wynosił 0,8 geriatry. Warto przypomnieć, że w Niemczech wskaźnik ten wynosi 2,2, na Słowacji 3,1, w Szwecji blisko 8. Tak więc specjalistyczna kadra lekarska jest bardzo nieliczna, a dodatkowo, jak stwierdziliśmy, jej rozmieszczenie w kraju – bardzo zróżnicowane, od jednego lekarza geriatry w województwie zachodniopomorskim do 42 w województwie śląskim. Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego żaden lekarz tej specjalności nie udzielał w roku 2013 świadczeń w ramach umowy z NFZ.

Jeśli chodzi o kształcenie geriatrów, wykłady z geriatrii prowadzone były na uczelniach jako fakultatywne, zajęcia praktyczne zaś w zakresie geriatrii realizowano tylko w 5 spośród 11 uczelni medycznych. Lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, do których w pierwszej kolejności trafiali pacjenci geriatryczni, brakowało przeszkolenia w zakresie opieki geriatrycznej.

W tej sytuacji musi budzić nasze zaniepokojenie niskie zaawansowanie realizowanego przez Ministra Zdrowia projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, programu, który jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt ten, mający na celu poprawę opieki nad osobami w wieku podeszłym przez szkolenie kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej, został do czasu zakończenia kontroli w Ministerstwie Zdrowia, w październiku ub. roku, zrealizowany w 42 proc. Tyle wynosi odsetek przeszkolonej kadry w stosunku do ogółem zaplanowanej liczby, przy czym najmniej skuteczna okazała się rekrutacja na szkolenie lekarzy POZ – przeszkolono zaledwie 32 proc. z zaplanowanych 2 tys. Zakończenie projektu było zaplanowane na połowę roku obecnego.

Szanowni państwo, Najwyższa Izba zwróciła uwagę, że Minister Zdrowia nie dokonywał bieżącej oceny dostępności świadczeń z zakresu geriatrii. Nie określił też wskaźników dotyczących pożądanej liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, w tym właśnie w geriatrii, w odniesieniu do liczby mieszkańców, toteż nie pozwala to na ocenę, czy liczba lekarzy jest wystarczająca w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców. Opracowane przez powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół ds. Gerontologii „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej” nie zostały wprowadzone przez Ministra Zdrowia w formie powszechnie obowiązującej. Były przez członków zespołu publikowane w różnych czasopismach fachowych, w związku z czym stały się quasi-standardami, niepisanymi, nie mającymi mocy prawnej. W efekcie wpływ tego opracowania na organizację opieki geriatrycznej, a zatem – co za tym idzie – na jakość i efektywność leczenia pacjentów, był ograniczony. Mimo upoważnienia wynikającego z ustawy o działalności leczniczej minister nie określił w drodze rozporządzenia standardów postępowania w opiece geriatrycznej.

W badanym okresie wzrosła liczna poradni geriatrycznych z 322 do 356 oraz łóżek na szpitalnych oddziałach geriatrycznych z 871 do 901, jednakże jedynie część świadczeniodawców zawarła umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. W 2013 roku 298 specjalistów wykonywało zawód geriatry, a tylko 160 lekarzy tej specjalności udzielało świadczeń w ramach kontraktów z Funduszem.

Mimo systematycznego wzrostu wartości umów zawartych przez Narodowy Fundusz pogorszył się dostęp do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. Wzrosła zarówno liczba oczekujących na świadczenia, jak i wydłużył się czas oczekiwania, zmniejszył się również odsetek świadczeniodawców, gdzie pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania.

Planowanie świadczeń dla osób powyżej 65 roku życia w 14 z 16 oddziałów NFZ nie było poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym. Świadczenia dla tych pacjentów kontraktowane były dla obszaru całego województwa.

Obecny system rozliczania usług zdrowotnych przez Narodowy Fundusz oparty jest na systemie jednorodnych grup pacjentów. Nie jest on dostosowany do występującej

u osób starszych wielochorobowości, zakłada bowiem finansowanie leczenia jednej choroby czy jednej procedury. Prowadzi to do sprzeczności między zasadami postępowania medycznego a wartościami ekonomicznymi. Uniemożliwia również pełne odzwierciedlenie i ocenę powodów hospitalizacji i przyczyn zgonów w tej grupie osób.

Na podstawie przeprowadzonej analizy kosztów leczenia pacjentów po 60 roku życia w podziale na 3 grupy wiekowe Najwyższa Izba stwierdziła, iż leczenie pacjentów po opuszczeniu oddziału geriatrycznego jest dla płatnika publicznego tańsze o 1380 zł na pacjenta rocznie niż leczenie pacjentów po pobycie na oddziałach chorób wewnętrznych, co wynika z różnicy w podejściu do problemu, o której mówiłem wcześniej.

W sytuacji braku rozwiązań systemowych oraz niedostatecznego finansowania opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku kontrolowani świadczeniodawcy w ramach własnych możliwości tworzyli bazę łóżek geriatrycznych oraz ambulatoryjną opiekę geriatryczną, wykorzystując owe nie publikowane urzędowo, a publikowane przez środowisko lekarskie standardy opieki geriatrycznej wypracowane przez zespół powołany przy Ministrze Zdrowia.

Zasoby będące w dyspozycji skontrolowanych świadczeniodawców służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym warunki lokalowe, dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt, były zgodne z obowiązującymi przepisami. Żaden ze skontrolowanych podmiotów nie realizował jednak w pełni standardów postępowania w opiece geriatrycznej opracowanych przez zespół, o którym wspominałem, ale też trzeba od razu powiedzieć, że nie miał takiego prawnego obowiązku, ponieważ standardy te nie miały normy prawnej.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli niezbędne jest wprowadzenie przez Ministra Zdrowia pełnego systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku. Tworzenie takiego systemu powinno uwzględniać zarówno dostępność, co oznacza bliskość placówki medycznej do miejsca zamieszkania, jak i odpowiednią liczbę personelu medycznego, przeszkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarek oraz specjalistów z zakresu geriatrii.

Problemy zdrowotne osób starszych muszą być rozwiązywane kompleksowo w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego oraz innych specjalistów w sposób ciągły i długofalowy. Kluczowe jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń, poprzez stosowanie wiedzy z zakresu gerontologii i geriatrii, zgodnie z medycznymi i organizacyjnymi standardami.

Ważna jest także efektywność finansowania, a więc racjonalne ustalenie obszarów kontraktowania z uwzględnianiem lokalnych potrzeb, udoskonalenie metody wyceny świadczeń, a także wykorzystanie wniosków NIK, które skierowaliśmy do właściwych instytucji, wskazujących m.in., że jednostkowy koszt świadczeń udzielonych po wypisie pacjenta z oddziału geriatrycznego był niższy niż w wypadku pacjenta o analogicznym rozpoznaniu leczenia w oddziale chorób wewnętrznych.

Tak już zupełnie od siebie, panie przewodniczący, Wysoka Komisjo: niedawno miałem rozmowę z moim znajomym, którego zapytałem, jak czuje się żona. „Jest w szpitalu na oddziale geriatrycznym" – usłyszałem. „Przecież ona nie ma jeszcze tego wieku" – powiedziałem. „No tak, ale na tym oddziale prowadzą badania kompleksowe. Gdyby poszła na oddział wewnętrzny, to skupiliby się tylko na jednym". Przytaczam tę rozmowę jako ilustrację omawianego tematu.

Dziękuję bardzo za uwagę. Jesteśmy do państwa dyspozycji wraz z panem dyrektorem Wasilewskim i panią doradcą Smereczyńską, która była koordynatorem kontroli.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Bardzo dziękuję. Pan prezes podał przykład funkcjonowania służby zdrowia w III Rzeczypospolitej. Tak to, niestety, wygląda. Otwieram dyskusję. Pan poseł Janusz Śniadek, proszę bardzo.

**Poseł Janusz Śniadek (PiS):**

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, słuchając dzisiaj pana – przepraszam, że cofnę się nieco – mam przed oczyma rok 2007, kiedy to na publicznym gremium, podczas posiedzenia Komisji Trójstronnej ówczesna minister zdrowia, dzisiej-

sza pani premier Kopacz toczyła wywód, zapewniając, że panaceum na bolączki służby zdrowia jest Kodeks handlowy. Oczywiście, fundamentalnie się z tym nie zgadzaliśmy, twierdząc, że to prosta droga do nieszczęść, do tych patologii, które dzisiaj obserwujemy.

Słuchałem dzisiaj z zatrwożeniem sprawozdania Najwyższej Izby Kontroli z przeprowadzonej kontroli. Nie tylko dlatego, że w coraz większym stopniu dotyczy to mnie osobiście, bo powoli zbliżam się do grupy wiekowej, której ta sprawa dotyczy. Ewidentnie natomiast na wszystkich polach, nie tylko tym, widać, że w służbie zdrowia, wszędzie tam, gdzie coś się nie opłaca, to nie ma po prostu racji bytu, że system, który nam zafundowano, jest wyrokiem na wszystkie przypadłości, obszary dolegliwości, chorób, które mają słabą wycenę. Emeryci i renciści według wszystkich statystyk są w Polsce grupą społeczną, która nie należy do najzamożniejszych i dlatego mamy takie sytuacje, że są województwa, w których w danej specjalności mamy jednego lekarza albo żadnego, bo to się nie opłaca. Przyznam, że w najczarniejszych snach nie przypuszczałem, że w wolnej Polsce wrócimy do starego PRL-owskiego hasła: „Emeryci i renciści, popierajcie partię czynem, umierajcie przed terminem”. To, czego dzisiaj wysłuchałem, jest ewidentnym dowodem na takie funkcjonowanie polskiego państwa, polskiej służby zdrowia. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pani profesor Hrynkiewicz, proszę.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS) – spoza składu Komisji:**

Panie przewodniczący, panie prezesie, Wysoka Komisjo, jestem w sytuacji, powiedziałabym, schizofrenicznej, dlatego że będąc w Komisji Zdrowia, słyszę zupełnie inne informacje od ministra zdrowia na temat funkcjonowania opieki geriatrycznej. I te informacje – że wszystko odbywa się prawidłowo i dobrze – mają uspokoić posłów w Komisji Zdrowia. Nie omawialiśmy tego raportu w gronie Komisji Zdrowia, jak też nie omawialiśmy szeregu innych raportów dotyczących sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce, ponieważ nie ma tam takiej potrzeby. I tu mój apel do pana przewodniczącego o to, by może Konwent Seniorów spowodował, by pewne problemy, które dotyczą wielu komisji, a szczególnie raporty Najwyższej Izby Kontroli, obiektywne i ukazujące stan w danym czasie, były przedmiotem poważnej debaty w parlamencie. To mój jeden wniosek.

Drugi wniosek kieruję do pana ministra zdrowia: skąd takie rozbieżności między tym, co stwierdza Najwyższa Izba Kontroli a tym, co otrzymuję po kolejnych moich interpelacjach czy pytaniach zgłaszanych podczas posiedzeń komisji?

Jeszcze jedna uwaga. Wczoraj w czasie posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej rozpatrywaliśmy raport OECD, który pokazuje, jaka w Polsce jest sytuacja osób właśnie w wieku 50 plus na rynku pracy, jak też wygląda sytuacja rodzin. Rozważaliśmy tam bardzo poważnie postulat, aby zrobić wszystko, żeby zwolnić rodziny od opieki nad ludźmi starymi. OECD zaleca to bowiem, tak byłoby bardzo dobrze. Na pytanie natomiast, kto wobec tego ma te zadania podjąć w Polsce, ponieważ nie ma instytucji, wiceminister pracy odpowiedział, że to tylko taki raport, który tak sobie omawiamy i zajmujemy stanowisko, i będziemy realizować, bo bardzo nam odpowiada to, co tam jest przedstawiane.

Zwrócę się do Komisji Zdrowia, by ten raport, podobnie jak raport o prywatyzacji szpitali, był omawiany w gronie Komisji Zdrowia. Żyjemy tam, w tamtej Komisji, bowiem w całkowitym przekonaniu, że w zakresie opieki nad ludźmi starymi w Polsce, szczególnie ludźmi w wieku podeszłym, jesteśmy w bardzo dobrej sytuacji i właściwie nic tam nie ma do wykonania. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pani poseł Królikowska-Kińska, proszę.

**Poseł Elżbieta Królikowska-Kińska (PO):**

Nie spodziewałam się, jak chyba wszyscy, że otrzymamy raport, w którym będzie informacja, iż jest świetnie. O tym, że są potrzeby, wielokrotnie słyszałam również od ministra zdrowia. Nie jest to przecież tajemnicą, wszyscy wiemy, że Polska, tak jak i inne kraje zachodniego świata, znajduje się w dużym kryzysie demograficznym, i to jest wiel-

kie wyzwanie. Mamy określony zasób środków i w jakiś sposób musimy w systemie zdrowia środkami tymi gospodarować.

Nie zgadzam się z panem posłem Śniadkiem, że to wszystko jest wynikiem reformy systemu zdrowia. Możemy mieć takie zdania odrębne. Uważam, że jest wiele innych przyczyn, które doprowadziły do tego, że nie jesteśmy w stanie w pełni zaspokoić potrzeb ludzi starych, ale trzeba się starać. Chciałabym też usłyszeć stanowisko przedstawiciela ministra zdrowia na ten temat. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Jeszcze pani przewodnicząca Kempa, a potem…

**Poseł Beata Kempa (ZP):**

Zanim pan minister wypowie się, pozwolę sobie z panią poseł się nie zgodzić, bo czytając syntezy wyników kontroli, pani poseł, to… Przepraszam bardzo, w ogóle nie mówmy o żadnym gospodarowaniu. Bo jeśli nawet pieniądze te by były, to zgodnie z tym, co mówi Najwyższa Izba Kontroli, jak mamy nimi gospodarować, skoro – przede wszystkim – Minister Zdrowia nie wprowadził ogólnie dostępnego systemu opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku? Nie wprowadził takiego systemu. Druga kwestia: jak mamy cokolwiek finansować, nawet jeśli te środki by się znalazły, jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia nie określił dla osób w podeszłym wieku odrębnych warunków finansowania opieki medycznej? A ponadto ogranicza to dostęp starszych pacjentów do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej oraz zawyża koszty leczenia pacjentów geriatrycznych.

Pani poseł, po prostu nie ma tego systemu. Opinia jest jednoznacznie negatywna. Rzadko kiedy, jak pani wie, są tak druzgocące opinie, a Najwyższa Izba Kontroli w wielu dziedzinach stara się być naprawdę bardzo obiektywna. Krótko mówiąc, tutaj jest absolutna zapaść.

Przychylam się więc, panie przewodniczący, do wniosku pani profesor Hrynkiewicz, że być może należałby w tej materii albo przesłać raport Najwyższej Izby Kontroli do przewodniczącego Komisji Zdrowia… Nie wiem, czy poprzez marszałka, może krótszą drogą, po prostu do przewodniczącego, by został tam bardzo dokładnie przez członków komisji wespół z ministrem przeanalizowany… Aha, dostał pan przewodniczący raport. Może więc pismo, żeby się tym oddzielnie zająć, bo jest to bardzo duży problem, wziąwszy oczywiście pod uwagę odsetek osób starszych. Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła statystykę, z której wynika, że w roku 2035 odsetek ten wyniesie grubo ponad 20 proc. I jeżeli systemu tego się nie zbuduje, to będzie kompletna katastrofa. Bo nie wiem, panie pośle Śniadek, czy my dożyjemy. Daj Boże zdrowie, ale jednak urządźmy to dla tych, którzy jeszcze w tych dzikich warunkach może będą jakoś w stanie dożyć tego wieku. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Pani poseł Królikowska jeszcze chce zabrać głos, tak? Proszę.

**Poseł Elżbieta Królikowska-Kińska (PO):**

Tak. Oczywiście, nikt z państwa nie ma obowiązku się ze mną zgadzać, ale uważam, że jeśli nie ma nawet opisanego osobnym aktem prawnym systemu ochrony zdrowia dla osób starszych, nie znaczy to, że te osoby w obecnie istniejącym systemie nie uzyskują pomocy medycznej. Jeżeli system jest w trakcie tworzenia, to mam nadzieję, że ułatwi dostęp osób starszych do tej opieki. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan poseł Tadeusz Dziuba, proszę.

**Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):**

Może tytułem wstępu najpierw powiem, że bardzo nie lubię chwalić Najwyższej Izby Kontroli, przede wszystkim dlatego, że wiem, jak marnuje potencjał najlepszych kontrolerów, o czym mówiłem dwa lata temu podczas posiedzenia tej Komisji, wykazując, że nagrody są przyznawane w Najwyższej Izbie Kontroli za wszystko tylko nie za dobrą pracę. Nawiasem mówiąc, przy okazji wyznam, że jestem rozczarowany tym, że panowie prezesi na tamto nasze posiedzenie nie zareagowali.

Gwoli sprawiedliwości trzeba jednak powiedzieć, że jest to kolejny raport, za który należą się Izbie pochwały. Może zacznę od takiego drobiazgu jak rozdział pierwszy „Wprowadzenie”, który stworzył świetne tło do czytania raportu. Myślę, że to pewien wzorzec, którym można by się było i w innych raportach posługiwać. Odwołuję się do tego drobiazgu, żeby nawiązać do wypowiedzi przedmówczyni. Otóż w przeciwieństwie do pani uważam, że mamy obowiązek zwrócić uwagę, że jednak warto wyciągać wnioski z faktów.

Jeżeli w nierozrzutnych Niemczech i w nierozrzutnej Finlandii udało się jednak doprowadzić do sytuacji, w której jest przynajmniej jeden lekarz geriatra na 10 tys. mieszkańców w wieku powyżej 65 roku życia, a w Polsce, dzięki Bogu – to dzięki Bogu oczywiście ma być ironiczne – jest ich 6 razy mniej, to jednak, biorąc pod uwagę, jak funkcjonuje nasz system, musimy powiedzieć, że czołowy organ, który prowadzi politykę w zakresie ochrony zdrowia, nie wywiązuje się ze swojego zadania. Nie wywiązuje się, bo nawet nie wydał w formie rozporządzenia „Standardów postępowania w opiece geriatrycznej”, chociaż zostały opracowane. Nie jest wdrożona interdyscyplinarna procedura COG, o której raport wspomina, na uczelniach polskich wykłady z geriatrii są fakultatywne, a lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, którzy jako pierwsi stykają się z problemami pacjentów geriatrycznych, są w tym zakresie słabo przeszkoleni. Tak więc już choćby z tych pięciu faktów wynika, że w odniesieniu do Ministerstwa Zdrowia nie obowiązuje słynna reguła, która mówi, że nadzieja umiera ostatnia. Nadzieja bowiem w przypadku Ministerstwa Zdrowia już umarła.

Myślę, panie przewodniczący, że jedyny wniosek, jaki możemy wyciągnąć z tego raportu, jedyny sensowny, to darować sobie dezyderaty – bo Ministerstwo Zdrowia niczego nie wygeneruje – tylko rzeczywiście przychylić się do wniosku pani profesor Józefiny Hrynkiewicz i może przyjąć na siebie obowiązek wspólnych posiedzeń Komisji: ds. Kontroli Państwowej oraz Zdrowia i przy okazji tego typu raportów, tutaj przynajmniej, w Sejmie, naradzać się wspólnie, bo kierowanie jakichkolwiek dezyderatów do tego resortu jest zupełnie bezprzedmiotowe. Raz jeszcze powtarzam: ten resort z siebie nie wygeneruje już nic i możemy tylko czekać na moment, kiedy wejdą tam decydenci, którzy są w stanie zrobić z tym segmentem organizacji życia naszego wspólnotowego porządek.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Oddajmy głos Ministerstwu Zdrowia. Panie ministrze, bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:**

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo. Zacznę od tego, że dziękuję Najwyższej Izbie Kontroli za podjęcie tego niebywale ważnego tematu. Od wielu lat dyskutujemy nad kierunkami rozwoju polskiego systemu opieki geriatrycznej, wypracujemy konsens; te zmiany pojawiają się. Oczywiście, wnioski Izby są w znakomitej większości zbieżne z oceną Ministra Zdrowia, toteż kierunki działań podejmowanych przez ministra od wielu już lat, różnych ekip rządzących, idą w kierunku rozbudowy rodzimego systemu opieki geriatrycznej. Świadczy o tym chociażby bardzo wyraźne, np. w tym roku, zwiększenie liczby rezydentów z zakresu geriatrii, przez co pokryto 100 proc. zapotrzebowania wszystkich miejsc na geriatrię. Warto zauważyć, że liczba miejsc lekarzy geriatrów w Polsce wzrasta w tempie niebywale szybkim. Oczywiście, odbiega ona od oczekiwań nas wszystkich, ale warto zauważyć, że między rokiem 2011 a rokiem 2015 przybyło blisko 100 specjalistów tej dyscypliny medycznej, a zatem jest to istotny przyrost, zważywszy, że było ich 254, a jest 343.

Ponadto, co jest również istotne, zmieniono system szkolenia lekarzy geriatrów. Skrócono mianowicie okres dochodzenia do samodzielności zawodowej poprzez wprowadzenie modułowego systemu szkolenia. Utworzono nowe miejsca akredytacyjne, a zatem stworzono bazę szkoleniową dla nowych osób. Oprócz tego realizowany jest projekt systemowy wsparcia systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej. W wielu dyscyplinach dotyczy ona nie tylko lekarzy, ale także pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i terapeutów środowiskowych, w tym 1,6 tys. lekarzy i 4 tys. pielęgniarek. To są istotne liczby, zważywszy na liczbę

zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej na dzień dzisiejszy. Z końcem pierwszego kwartału 2015 roku przeszkolono 81 proc. planowanych kadr medycznych, które wymagały przeszkolenia.

Bardzo istotnym elementem jest wypracowywanie i upowszechnianie stosowania skali powszechnie stosowanych w ocenie zapotrzebowania na geriatryczną opiekę specjalistyczną, a mianowicie skali VES czy też całościowej oceny geriatrycznej, która staje się już dzisiaj standardem w szpitalach geriatrycznych. Jej upowszechnianie natomiast co do innych jednostek opieki zdrowotnej jest o tyle utrudnione, że wymaga ona zespołów międzydyscyplinarnych i jest niebywale trudna np. w oddziałach ortopedycznych. Niemniej jednak zespół, który pracuje przy Ministrze Zdrowia obecnie, otwiera się na współpracę z konsultantami z innych dziedzin medycznych, by wypracować takie standardy, które ułatwiłyby chirurgom czy chirurgom ortopedom zastosowanie uproszczonych skali w praktyce. Prowadzone są też prace, których celem jest umożliwienie pewnej formy telekonsultacji albo uproszczonych konsultacji geriatrycznych w miejscu przebywania pacjenta.

Trzeba sobie uświadomić jednoznacznie, że medycyna jest medycyną narządową i taka jest historia medycyny, nie można zatem przyjąć prostego wskaźnika, iżby to cała populacja w wieku powyżej 65 roku życia miała być leczona wyłącznie przez specjalistów geriatrów, dlatego że zawsze będą osoby chorujące na różne schorzenia somatyczne, w tym np. gastrologiczne czy neurologiczne i trudno oczekiwać, że oddziały wieloprofilowe, czy to internistyczne, czy to geriatryczne będą w pełni realizowały potrzeby zdrowotne takich pacjentów. Nie. Ci pacjenci zawsze będą wymagali opieki nefrologicznej, gastrologicznej, neurologicznej, a potem ewentualnie koordynacji geriatrycznej.

Warto również spojrzeć na zmianę systemu podstawowej opieki zdrowotnej, jakkolwiek podzielam krytyczną ocenę NIK, wskazującą na brak dostatecznej realizacji świadczeń geriatrycznych, chociażby tak prostych jak proste narzędzie do oceny zburzeń poznawczych w POZ. Ich trudność w realizacji wynika z wielu różnych uwarunkowań kultury i tradycji udzielanych porad w podstawowej opiece zdrowotnej. To jednak tworzenie bazy tej wiedzy i szkolenie kadr medycznych jest działaniem, które ma na celu upowszechnienie tej właśnie wiedzy i kompetencji.

Chętnie podejmę polemikę, bardzo merytoryczną z wynikami kontroli. Absolutnie nie podzielam poglądu, jakoby niższe koszty leczenia w oddziałach geriatrycznych uzasadniały ich przewagę nad oddziałami internistycznymi, w tym znaczeniu, że są to koszty leczenia, nie koszty uzyskania dodatkowego kosztu jednostki zdrowotnej, czyli gdyby analiza obejmowała np. koszt uzyskania QOLi albo redukcji DELi wynikającej z uzyskanego świadczenia, przyjąłbym to jako pewnik, ale to jest już bardzo merytoryczny wskaźnik. Moim zdaniem tutaj popełniono błąd logiczny, który wprowadza czytelnika w błąd, wynikający z faktu, że różni pacjenci w różnym stanie zdrowotnym są leczeni w różnych oddziałach.

Niemniej jednak absolutnie zgadzam się z tezą, że sieć dostępu do poradni i do świadczeń specjalistycznych geriatrycznych jest nierówna w różnych regionach kraju, toteż uczelnie medyczne sukcesywnie zwiększają swoją ofertę dydaktyczną, a także instytucjonalizują akademicką tożsamość geriatrii. Pamiętajmy, że niedawno jeszcze mało która uczelnia w Polsce miała katedrę czy jednostki naukowe uprawiające dydaktykę z zakresu geriatrii, dzisiaj staje się to już powszechną świadomością, choć niestety, nie na wszystkich uczelniach są takie jednostki, ale liczba ich wzrasta sukcesywnie i widać wyraźną tendencję wśród rektorów uczelni wyższych do powoływania jednostek i katedr z zakresu geriatrii.

No i jeszcze jedna zmiana systemowa, o której także należy wspomnieć. Mianowicie z chwilą zmiany całej koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej, kiedy dzięki uprzejmości Wysokiej Izby zmieniono koncepcję podstawowej opieki zdrowotnej, zmodyfikowano nieco, tak że oprócz lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej dopuszczono do pracy także lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych i pediatrów. Przy okazji stało się to wówczas czynnikiem, jaki po pierwsze, zwiększa kadry, które zawodowo dostosowane są do leczenia osób w wieku podeszłym, a po drugie, otwiera także drogę dydaktyczną, albowiem ci lekarze interniści, którzy przejmą opiekę nad pacjentami w ramach podstawowej opieki

zdrowotnej, będą mogli krótszą ścieżką dydaktyczną doszkalać się i dorabiać specjalizacji z zakresu geriatrii, co także jest działaniem ukierunkowanym na zwiększające się potrzeby liczebności kadr geriatrycznych.

Reasumując: Minister Zdrowia przyjmuje uwagi krytyczne i wszystkie wskaźniki, które nakazują konieczność rozbudowy systemu i zapewnienia kadr dedykowanych opiece nad osobami w wieku podeszłym, z zastrzeżeniem pewnych bardzo medialnych niektórych sformułowań – np. że nie ma systemu opieki geriatrycznej w Polsce. Myślę, że cały system opieki zdrowotnej w Polsce jest systemem kompleksowym i nie wyróżnia systemu opieki dla pacjentów w poszczególnych kategoriach wiekowych. Równie dobrze można by powiedzieć, że nie istnieje system opieki pediatrycznej w Polsce albo opieki dermatologicznej, albo opieki w innych kategoriach. To kwestia semantyki. System opieki zdrowotnej ma w Polsce pewną filozofię konstrukcji, pewnego egalitarnego podejścia i trudno wydzielać wyosobnione jednostki.

Jeszcze raz dziękuję za tę dyskusję, bo jestem przekonany, że zbliża nas ona do stałej rozbudowy tych zasobów kadrowych przede wszystkim i jakości leczenia osób w wieku senium, a to jest olbrzymia potrzeba społeczna. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Panie ministrze, na papierze z całą pewnością ten system istnieje. Tylko czy istnieje w rzeczywistości? Wygląda na to, że nie. Pan prezes, proszę.

**Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:**

Zabieram głos również dlatego, że w prasie ukazały się przekłamania, wynikające zapewne z niedoczytania przez dziennikarzy informacji. Tak więc, panie ministrze, nie porównujemy w naszym raporcie kosztów leczenia na oddziałach geriatrycznych oraz kosztów leczenia na oddziałach wewnętrznych w tej samej grupie wiekowej. Wyraźnie mówimy o kosztach leczenia pacjentów w ujęciu rocznym po opuszczeniu oddziału czy to chorób wewnętrznych, czy to oddziału geriatrycznego w tej samej grupie wiekowej. I różnice są tutaj ewidentne na korzyść mniejszych kosztów leczenia pacjentów, którzy opuszczają szpitale geriatryczne. Dlatego właśnie, że podejście do chorego jest wieloaspektowe, a nie skoncentrowane na jednej jednostce chorobowej, jak to jest w wypadku innych szpitali.

Jeżeli natomiast chodzi o system, to oczywiście można mieć różne poglądy na ten temat. Jeśli systemem jest sytuacja taka, że województwie warmińsko-mazurskim nie było żadnego – żadnego – lekarza o specjalności geriatrycznej, który miałby kontrakty z NFZ, a w województwie śląskim lekarzy tych było 42, to można mówić, że to też jest system, ale nie wiem, czy o taki właśnie chodzi. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Były zgłoszenia, a więc: pan poseł Czartoryski, pan poseł Śniadek i pani przewodnicząca Kempa. Proszę bardzo.

**Poseł Arkadiusz Czartoryski (PiS):**

Jestem pod wrażeniem potężnym, ponieważ pan minister z pamięci, nie z kartki, niczym karabin maszynowy jednym tchem wymienił mnóstwo rzeczy, które ministerstwo zrobiło i robi w zakresie geriatrii. Użył też pan takich sformułowań, że dziękuje pan za dyskusję, że przyjmuje pan krytyczne uwagi. Tymczasem, szanowny panie ministrze, sytuacja wygląda w ten sposób, że Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła parlamentowi polskiemu raport, w którym stwierdziła, że negatywnie ocenia działania ministra w zakresie opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku oraz że minister nie wprowadził ogólnie dostępnego systemu opieki medycznej dla tych osób.

Oczywiście, z ciekawością wysłuchaliśmy mnóstwa słów, które pan wypowiedział na temat tego, co państwo zrobiliście i robicie, lecz oczekiwalibyśmy raczej, że skoro spotykamy się w polskim parlamencie, gdzie przychodzi Najwyższa Izba Kontroli, panowie prezesi, ministerstwo, pan minister i parlamentarzyści, pan minister przynajmniej na wstępnym etapie powie nam, co pan i ministerstwo zamierzają zrobić, żeby w ogóle wprowadzić ogólnie dostępny system opieki medycznej dla osób w podeszłym, wieku.

I to jest zasadnicza sprawa, a nie ciekawa dyskusja, a nie krytyczne uwagi, które pan przyjmuje. Nie ma systemu. System trzeba wprowadzić.

Jesteśmy na początku epoki potężnego starzenia się społeczeństwa polskiego. Oczywiście, nie jest to miejsce i czas, byśmy dyskutowali na temat przyczyn, ale jest to fakt. Wielomilionowe opuszczanie kraju przez młodych ludzi jest faktem. Jesteśmy więc na początku. I to wyzwanie powinno być przez ministerstwo podjęte. Najwyższa Izba Kontroli tym swoim raportem tylko potwierdziła, że należy bić na alarm i przygotować się do tego, co nas czeka. Szczerze powiedziawszy, jestem rozczarowany, bo myślałem, że usłyszę od państwa, że jesteście w trakcie potężnej pracy merytorycznej, jak sprostać temu wielkiemu wyzwaniu, które nas czeka i zaczyna się, a nie uważania po prostu, że spór jest semantyczny, uwagi krytyczne i ciekawa dyskusja. Nie. Ministerstwo jest od tego, żeby stworzyć ten system. Żeby stworzyć, dlatego że jest to wielkie wyzywanie, które naszą ojczyznę czekaDziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan poseł Janusz Śniadek, proszę bardzo.

**Poseł Janusz Śniadek (PiS):**

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, dla mnie wystąpienie pana ministra jest absolutnym potwierdzeniem tezy pana posła Dziuby o kompletnej bezcelowości kierowania jakichkolwiek dezyderatów do Ministerstwa Zdrowia. Swoją drogą to wystąpienie pana ministra mogłoby być kolejnym szkolnym wprost przykładem do rozmowy, którą prowadził pan minister Rostowski z ministrem Sikorskim, zapisanej na „taśmach prawdy", kiedy to zachwycali się umiejętnością reagowania – przykładem był bodaj premier Hiszpanii – na sytuacje kryzysowe. W sytuacji krytycznej, wydawałoby się, się, że beznadziejnej udawał znakomicie, że nic się nie stało i prowadził wywód, kompletnie ignorując fakty. Taki przykład mieliśmy dzisiaj podczas tego wystąpienia – pełne uznanie – pogłębia to jednak niepokój o sytuację polskich pacjentów w podeszłym wieku.

Przychylam się do wniosku pani profesor. Uważam, że wniosek o to, by rozpocząć na ten temat… W zasadzie to jeden z nielicznych instrumentów, jakimi dysponuje opozycja w parlamencie – kontynuowanie dyskusji wspólnie z Komisją Zdrowia i próby dotarcia do jakichś konstruktywnych wniosków zamiast jałowego tracenia czasu na przekonywanie się, że jest dobrze albo nie.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca Kempa, bardzo proszę.

**Poseł Beata Kempa (ZP):**

Panie ministrze, zabrakło mi w pańskiej wypowiedzi odpowiedzi na jeden z podstawowych zarzutów Najwyższej Izby Kontroli, dotyczący funkcjonowania Zespołu do Spraw Geriatrii i Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Zespół ten działa od 2007 roku, a jego podstawowym zadaniem było określenie standardów postępowania. Określenie szczegółowo tych standardów mogłoby pozwolić czy umożliwić zbudowanie systemu. Przytoczę państwu ze str. 37 raportu, który dziś omawiamy, że te standardy określają m.in. formy organizacyjne opieki geriatrycznej, ich zadania, zakres świadczeń i badań laboratoryjnych, procedury diagnostyczno-terapeutyczne, procedury fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne, procedury psychologiczne, wymogi dotyczące wyposażenia poszczególnych rodzajów podmiotów, kwalifikacje personelu, normy dotyczące liczby specjalistów w stosunku do liczby pacjentów, kryteria włączenia pacjenta do poszczególnych form opieki. Ponadto Najwyższa Izba Kontroli skontrolowała już te jednostki, które tą kwestią się parają. Żadna nie stosowała tych standardów.

Do czego zmierzam? Te standardy postępowania w opiece geriatrycznej w ogóle nie przybrały formy rozporządzenia, a powinny, bo do tego został powołany wspomniany zespół – żeby, krótko mówiąc, słowo stało się ciałem, czyli rozporządzeniem. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że stało się tak w wyniku braku aktywności Ministra Zdrowia. To ci ludzie, którzy się napracowali, w kwartalniku „Gerontologia Polska"… No bo gdzieś rzeczywiście tę pracę trzeba było – pewnie ciężką i na pewno bardzo pomocną – wykazać. Panie ministrze, co to znaczy „braku aktywności Ministra Zdrowia"?

I jeszcze jedna sprawa. Co wy tam macie za bałagan? Podczas kontroli stwierdzono, że Departament Zdrowia Publicznego, który ma zapewniać zgodnie z przepisami obsługę organizacyjno-techniczną zespołu, który określił standardy, które byłyby wreszcie podstawą do zbudowania systemu, niewłaściwie dokumentował prace zespołu, nie zostały sporządzone uchwały, regulaminy pracy, protokoły z posiedzeń zespołu w latach 2007–2013, raporty z działalności wymagane zgodnie z przepisami zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie powołania zespołu. I dlatego m.in. to niewłaściwe dokumentowanie prac zespołu było wynikiem nienależytego wypełnienia obowiązków wynikających z §6 zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie powołania zespołu.

Panie ministrze, ręce opadają po prostu. Jeżeli zbierają się mądrzy ludzie, określają standardy, na podstawie których można zbudować system, zrobić rozporządzenie, przy czym okazuje się, że to jest wynikiem potężnego bałaganu i chyba niedopełnienia obowiązków przez osoby, które obowiązków tych powinny dopełnić, żeby wszystko odbyło się zgodnie z przepisami… Jakby mógł się pan do tego odnieść, to bardzo bym prosiła, bo to jest fundament moim zdaniem.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Bardzo dziękuję…

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Moment, panie ministrze. Pani poseł Hrynkiewicz.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS) – spoza składu Komisji:**

Mam pytanie do pana ministra. Jaki był powód, że państwo nie wprowadziliście tych standardów, które były opracowywane w latach 2006 i 2007, także zresztą w związku z funkcjonowaniem zespołu, który opracowywał zasady opieki dla osób niesamodzielnych? Te standardy były opublikowane w innych jeszcze niewysokonakładowych wydawnictwach. Moje pytanie jest bardzo jasne: dlaczego zespół, który to opracował, został rozwiązany? Dlaczego nie zrobiliście tego, chociaż ustawa o działalności leczniczej daje wam taką dyspozycję, na co zwraca uwagę także Najwyższa Izba Kontroli?

Czy pan minister zechciałby wytłumaczyć, jak to jest, że ogromna praca zespołu, który opracował projekt opieki nad osobami niesamodzielnymi, została w gruncie rzeczy w Ministerstwie Zdrowia zmarnowana? Pana może nie było, ale pan minister Warczyński był wtedy w ministerstwie. Może państwo odpowiecie, jak to jest, że taki ogromny potencjał pracy, wiedzy, zaangażowania ludzi, którzy pracowali… Przecież tam było kilkaset osób, które pracowały absolutnie pro publico bono. Ja też pracowałam w tym zespole, stąd to wiem. Po prostu wyrzuciliście to tak, jak wyrzuca się makulaturę. A jednak – jak dowodzi Najwyższa Izba Kontroli – mimo że nie opublikowaliście, mimo że nie wdrożyliście, lekarze po prostu z własnej nieprzymuszonej woli korzystają z tego. Jaki więc jest wasz stosunek do wiedzy, która przychodzi z zewnątrz, spoza grupy biurokratycznej?

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa posłów? Bardzo proszę, pan poseł Dziuba.

**Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):**

Do pytania pani profesor Hrynkiewicz chciałbym dorzucić drugie, ale jeśli pan przewodniczący pozwoli, poprzedzę to pewną inwokacją. Mianowicie mam okazję pana ministra tyle razy już słyszeć i tyle razy podziwiać, że poddany temu nieustannemu czynnikowi, uległem pewnej alergii. Nie mogę się tutaj powstrzymać od wyrażenia, skądinąd dosyć poważnej, opinii, że pan jako człowiek niezwykle utalentowany, co podziwiam, zdecydowanie się w tym ministerstwie marnuje. Powinien pan pracować w branży, w której pracuje pan Tymochowicz; myślę, że wtedy mielibyśmy jako wspólnota narodowa większy pożytek.

Panie ministrze, no właśnie. Były opracowane standardy. Dlaczego minister ich nie wprowadził rozporządzeniem? To nie jest zrozumiałe. Tyle pan mówił poprzednio, a tej prostej sprawy pan nie wyjaśnił. I drugie pytanie. Cóż zrobił Minister Zdrowia, by wykłady z geriatrii były dla studentów obowiązkowe? Wydaje się, że w tych okolicznościach, które nas czekają w najbliższych dziesięcioleciach, z wyprzedzeniem trzeba dzia-

łać. Co więc zrobił Minister Zdrowia w tym zakresie, by lekarze byli kształceni w pełnym wymiarze w zakresie geriatrii?

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuje bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa posłów? Nie widzę zgłoszeń. Panie ministrze, bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Bardzo dziękuję za pytania, choć trochę jestem zaniepokojony, bo jakoś nie najlepiej czuję się w dyskusji, gdzie padają argumenty ad personam. Jednak wracając do dyskusji merytorycznej: bardzo dziękuję pani przewodniczącej Kempie za pytanie dotyczące problemu, który słusznie wytknęła NIK – w zakresie obsługi zespołu i tych wszystkich proceduralnych uchybień. To pokłosie zaszłości kadrowych resortu zdrowia, które skutkowały m. in. tym, że już wielokrotnie musiałem przepraszać Wysoką Izbę za to, że sprawozdania z realizacji poszczególnych ustaw trafiały pod obrady Wysokiej Izby z opóźnieniem, często nawet dwuletnim.

Jestem w dość trudnej sytuacji odpowiadając na to pytanie, bo podjąwszy działania, które naprawiły tę trudność kadrową, kiedy Departament Zdrowia Publicznego zyskał nowe kierownictwo, a wymieniono prawie w pełni kadrę pracującą w tym departamencie, dzisiaj minister zdrowia odpowiada na bardzo trudne pytania o mobbing. Jestem pewien, patrząc na osobę pani dyrektor i pana dyrektora Poznańskiego, którzy prowadzą ten departament w nowej odsłonie, że funkcjonuje on dziś w zupełnie inny sposób. Sama reaktywacja, na wniosek mój i dyrekcji departamentu, zespołu, który nie został nigdy rozwiązany formalnie i podjęcie znowu prac oraz wyznaczenie nowych kierunków prac, jest ewidentną odmianą, która była możliwa dzięki podjęciu wspomnianych działań kadrowych.

Natomiast co do standardów opieki geriatrycznej to są przynajmniej dwa powody, dla których Minister Zdrowia bardzo ceni standardy, ale bardzo niechętnie publikuje je w postaci rozporządzeń, czyli aktów prawa powszechnie obowiązującego. Medycyna jest mianowicie taką dziedziną, gdzie bardzo dokładna regulacja poszczególnych procedur medycznych często nie jest zasadna z uwagi na fakt zróżnicowanego podejścia do leczenia i do terapii, różnych szkół w medycynie i różnych sytuacji zdrowotnych, które pisze natura.

W związku z tym faktem oraz w związku z faktem, że standardy wypracowane przez zespół były raczej wzorcem modelowym, do którego należałby dążyć niż standardami, jakie można by było przyjąć i wdrożyć wszędzie w Polsce, nie można było ich opublikować, gdyż w praktyce opublikowanie takich norm i takiego wzorca idealnego idealnej opieki geriatrycznej skutkowałoby tym, że jeden, a może dwa ośrodki w Polsce byłyby go w stanie spełnić. Pozostałe natomiast zostałyby w ogóle wyłączone z opieki geriatrycznej.

Dlatego też podjęto działania mające na celu kompensację tych rejonów w Polsce, gdzie dostęp do opieki geriatrycznej jest za słaby, rozbudowę kadr, wzmocnienie szkolenia kadr, rozbudowę miejsc szkoleniowych, zmianę trybu szkolenia, wzmocnienie nadzoru konsultanckiego, co także wiązało się ze zmianą ustawy o konsultantach i całej filozofii uskutecznienia tak naprawdę wpływu na tę zmianę Ministra Zdrowia bezpośrednio i wzmocnienia współpracy ministra z konsultantem krajowym i krajowego z wojewódzkimi. Były to więc działania o charakterze ewidentnie budowania wzmocnionej opieki geriatrycznej, i skoncentrowania się na tych miejscach, gdzie jest najtrudniejszy do niej dostęp.

I to są główne powody, dla których standard jest traktowany jako wzorzec idealny. Bardzo wszyscy chcielibyśmy, żeby było możliwe wszędzie w Polsce spełnianie takich standardów, ale trzeba mieć świadomość, że mamy dzisiaj jakąś diagnozę zespołu kadr, które mamy, możliwości instytucjonalnych, organizacyjnych, które mamy i ich przemiana rzeczywista, która trwa dzisiaj, musi jeszcze przebiec przez określony czas tych koniecznych zmian, dopóki nie będzie możliwe osiągnięcie tych etapów. Proste natomiast opublikowanie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia standardów z datą obowiązywania

zaskutkowałoby tym, że niemożliwe wręcz byłoby zastosowanie się tych jednostek i tych ośrodków do wymogów, które tam narzucono.

Tak więc standardy są, rozbudowujemy kadry, działania są podejmowane w wielu obszarach równocześnie, ale bardzo wiele jeszcze tych działań jest przed nami. No i rezydentury, o czym już wspomniałem wcześniej. To też jest bardzo wyraźna zmiana instytucjonalna. Otóż do tej pory specjalizację z geriatrii można było robić tylko jako nadspecjalizację, na koszt niejako własny, a od tego roku można robić w ramach rezydentury, czyli etatu finansowanego przez państwo, dedykowanego po to, żeby lekarz, który kończy studia, został samodzielnym lekarzem w ramach rezydentury finansowanej przez państwo. To są te zmiany, które trwają. Myślę, że odpowiedziałem na wszystkie pytania.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Szanowni państwo, po konsultacjach w prezydium mam propozycję, byśmy jako Komisja upoważnili jednak prezydium do zredagowania dezyderatu i postaramy się, żeby po uzyskaniu odpowiedzi od Ministerstwa Zdrowia odbyło się wspólne posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej i Komisji Zdrowia oraz może Komisji Polityki Senioralnej, jeśli będzie taka możliwość i uda nam się uzgodnić termin. Rozumiem, że Komisja upoważniła prezydium do takich rozwiązań. Bardzo dziękuję.

Proszę państwa, przechodzimy do punktu drugiego porządku posiedzenia – rozpatrzenia informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli funkcjonowania systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Proszę przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli o zaprezentowanie informacji. Panie prezesie, bardzo proszę.

**Wiceprezes NIK Wojciech Kutyła:**

Bardzo dziękuję. Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie i panowie…

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Panie prezesie, może chwilę przerwy zrobimy. Jeśli ktoś z państwa chciałby opuścić nasze spotkanie… Dziękujemy, panie ministrze. Panie prezesie, bardzo proszę.

**Wiceprezes NIK Wojciech Kutyła:**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Jeszcze raz: szanowni państwo, serdecznie witam. Dziękuję za możliwość zaprezentowania niniejszej informacji. Tytułem wprowadzenia kilka słów ode mnie, a następnie moi współpracownicy przejdą do szczegółów.

Jak wiadomo, krew i jej składniki są niezastąpionymi, szeroko stosowanymi środkami leczniczymi. W Polsce w leczeniu pacjentów stosuje je ponad 80 proc. szpitali, a rocznie przetacza się ok. 1,5 mln jednostek krwi i jej składników. Dlatego też niezwykle istotne jest zapewnienie prawidłowo oraz skutecznie funkcjonującego systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa umożliwiającego efektywne działanie tego systemu oraz dostosowanie do aktualnych potrzeb zaopatrzenia pacjentów w krew i jej składniki.

Celem głównym kontroli była ocena systemu zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz sposobu ich wykorzystania. Kontrolą objęto m.in. działania na rzecz pozyskania niezbędnej dla potrzeb lecznictwa ilości krwi, jej składników oraz produktów krwiopochodnych. gospodarowania krwią i jej składnikami, zapewnienia bezpieczeństwa pobierania i stosowania krwi, nadzoru nad organizacją pobierania krwi w centrach i leczenia krwią w podmiotach leczniczych. Sprawdzono również stopień realizacji programu zdrowotnego Ministra Zdrowia pn. „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych".

Przeprowadziliśmy tę kontrolę w 18 jednostkach, tj. w: Ministerstwie Zdrowia, Narodowym Centrum Krwi, Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, w 8 centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz w 7 podmiotach leczniczych zaopatrywanych przez skontrolowane centra. Okresem kontroli objęto lata 2012 i 2013, a dla celów porównawczych wykorzystano dane za lata 2010 i 2011.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli system pobierania i przetaczania krwi jest bezpieczny zarówno dla dawców, jak i dla biorców, jednak jego funkcjonowanie wymaga udoskonalenia. Jakkolwiek w latach 2012 i 2013 osiągnięto samowystarczalność Polski w zakresie zaopatrzenia w krew i jej składniki, nie zostały w pełni zabezpieczone

potrzeby podmiotów leczniczych związane z leczeniem krwią. Jednocześnie zarówno w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, jak i w podmiotach leczniczych występowały wypadki niepełnego zagospodarowania składników krwi w terminie ich ważności, co wymuszało później ich utylizację.

Pomimo wzrostu w latach 2010–2013 liczby wytwarzanych ogółem składników krwi, która przewyższała liczbę wydanych do lecznictwa, to w dwóch trzecich skontrolowanych przez NIK centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa występowały okresowe niedobory poszczególnych składników krwi. W takich sytuacjach szpitale dokonywały niezbędnych zakupów w innych niż zazwyczaj centrach albo przesuwały bądź odwoływały zaplanowane zabiegi. Podczas kontroli nie stwierdzono jednak wypadków bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjentów spowodowanego takim stanem.

Nie została natomiast osiągnięta samowystarczalność naszego kraju w zakresie produktów krwiopochodnych, co stwarza ryzyko niezapewnienia stabilności i pewności dostaw takich leków wytwarzanych za granicą. Jednocześnie brak było systemowego rozwiązania zagospodarowania nadwyżek osocza stanowiącego materiał leków krwiopochodnych. Podjęte przez Ministra Zdrowia działania na rzecz wyłonienia podmiotu, który przetwarzałby osocze w Polsce, były nieskuteczne. Ze względu na ograniczone możliwości sprzedaży przez centra krwiodawstwa tego składnika wytwórniom farmaceutycznym ponosiły one koszty długotrwałego magazynowania nie zagospodarowanego osocza, a w wielu wypadkach również koszty jego utylizacji.

W Polsce, jak w większości krajów europejskich, centralny system krwiodawstwa gwarantuje pacjentom leczonym krwią bezpieczeństwo, poprzez zapewnienie takich samych procedur pobierania oraz badania krwi i jej składników we wszystkich centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa na ternie całego kraju. W ramach tego systemu prawidłowo stosowne procedury spełniające międzynarodowe wymagania minimalizowały ryzyko zagrożenia bezpieczeństwa zdrowia zarówno dawców, jak i biorców krwi, a o jego skuteczności w obszarze bezpieczeństwa świadczy ograniczona liczba niepożądanych reakcji oraz powikłań poprzetoczeniowych.

Skontrolowane centra krwiodawstwa miały wymagane akredytacje i zezwolenia, wdrożyły systemy zapewnienia jakości oraz przestrzegały warunków pobierania, badania, przetwarzania i przechowywania krwi. Każdorazowo badano pozyskaną od dawców krew i jej składniki, przeprowadzano badania serologiczne oraz nadzorowano leczenie krwią w szpitalach. W razie powikłań po przetoczeniu krwi szczegółowo analizowano każdy przypadek w celu ustalenia przyczyn. Wprawdzie nie funkcjonował prawidłowo przepływ informacji o dokonywanych dyskwalifikacjach dawców między jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi, ale obwiązujące procedury eliminowały występujące zagrożenia, gdyż każdorazowo wymuszały weryfikację stanu zdrowia dawcy. Centra ponosiły jednak koszty związane z pobraniem i utylizacją krwi od dawców już zdyskwalifikowanych.

Program zdrowotny „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych" realizowany był zgodnie z ustalonym harmonogramem, ograniczone zostały jednak środki, które pierwotnie przewidywano na jego realizację, szczególnie w obszarze promocji krwiodawstwa. Mimo wątpliwości NIK dotyczących możliwości dokonania pełnej oceny niektórych rezultatów tego programu z uwagi na brak precyzyjnego zdefiniowania ich mierzalnych parametrów, jego realizacja, szczególnie poprzez zakup specjalistycznych autobusów do poboru krwi, przyczyniła się do poprawy warunków funkcjonowania regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przechodząc do uwag i wniosków, należy stwierdzić, że zdaniem NIK w celu zapewnienia dostępności leków krwiopochodnych wytwarzanych z osocza polskich dawców, stanowiącej istotny element bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, niezbędne jest podjęcie przez Radę Ministrów działań na rzecz wdrożenia skutecznych rozwiązań, zmierzających do uzyskania przez Polskę samowystarczalności w zakresie produktów krwiopochodnych. Jednocześnie do czasu wdrożenia docelowego modelu, z uwagi na trudności w zagospodarowaniu osocza, skutkujące później ponoszeniem kosztów długotrwałego magazynowania tego składnika oraz utylizacją, słabszą pozycją negocjacyjną dyrekto-

rów RCKiK przy ustalaniu warunków sprzedaży jego nadwyżek oraz swobodę zawierania kontraktów w tym zakresie, niezbędne jest kontynuowanie przez Ministra Zdrowia działań na rzecz wprowadzenia systemowych rozwiązań zagospodarowania posiadanych przez Polskę nadwyżek tego składnika, stanowiącego surowiec dla wytwarzania produktów krwiopochodnych.

Ponadto ze względu na brak możliwości zagospodarowania nadwyżek osocza przez Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, z uwagi na nieposiadanie zezwolenia Głównego Inspektora Farmaceutycznego na pobieranie krwi w celu wytwarzania produktów krwiopochodnych, wskazane jest zapewnienie przez Ministra Obrony Narodowej warunków działania wojskowego centrum umożliwiających uzyskanie takiego zezwolenia.

Mając na względzie pozostałe ustalenia kontroli, Najwyższa izba Kontroli sformułowała również inne wnioski o charakterze systemowym, z których znaczna część znajduje odzwierciedlenie w przygotowywanym właśnie w Ministerstwie Zdrowia projekcie ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie, skierowanym do konsultacji zewnętrznych 14 sierpnia 2014 roku. Dotyczyły one, po pierwsze, opracowania i wdrożenia mechanizmów koordynacji gospodarowania krwią i jej dystrybucji między centrami odczuwającymi niedobory lub mającymi nadwyżki określonych składników krwi, które umożliwiałyby realizację zapotrzebowań szpitali oraz optymalizację ich wykorzystania w skali całego kraju.

Po drugie, określenia właściwości sprawowania nadzoru specjalistycznego nad krwiolecznictwem przez centra funkcjonujące w 3 resortach w celu ograniczenia ryzyka niezapewnienia nadzoru lub dublowania czynności nadzorczych w podmiotach leczniczych i pracowniach serologii przez RCKiK, Centrum MSW oraz Wojskowe Centrum.

Trzeci wniosek dotyczy precyzyjnego określenia definicji rzadkich grup krwi, których posiadanie uprawnia honorowych krwiodawców do otrzymania ekwiwalentów pieniężnych za oddaną krew.

Czwarty wniosek – zapewnienie pełnej transpozycji polskiego prawodawstwa w zakresie obowiązków wynikających z dyrektyw Unii Europejskiej.

I wniosek piąty – doprecyzowanie zakresu danych, które powinny być gromadzone w Krajowym Rejestrze Dawców Krwi.

Ponadto zdaniem Izby zasadne jest rozważenie przez Ministra Edukacji Narodowej wprowadzenia zagadnień z zakresu krwiodawstwa do podstawy programowej realizowanej w szkołach gimnazjalnych, do których uczęszcza młodzież mogąca już rozpocząć oddawanie krwi. To były zasadnicze ustalenia w ogólnym zarysie. Jeśli pan przewodniczący pozwoli, jeszcze o pewnych szczegółach powiedziałby pan dyrektor.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Bardzo proszę.

**Wicedyrektor Delegatury NIK w Opolu Janusz Madej:**

Janusz Madej. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, jesteśmy przygotowani do przedstawienia państwu prezentacji dość szczegółowej na temat ustaleń naszej kontroli. Jeżeli mogę, to chcielibyśmy ją państwu przedstawić, chyba że jeżeli będzie taka potrzeba…

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Zapytam o czas jej trwania.

**Wicedyrektor Delegatury NIK w Opolu Janusz Madej:**

Mógłbym mówić 40 minut, bo tak jesteśmy przygotowani, ale to, co przekazał pan prezes, w pełni…

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Zapytam Komisję, czy jest taka potrzeba. Nie ukrywam, że o jedenastej zaczęła się debata czy też informacja Ministra Spraw Zagranicznych na temat kierunków polityki na najbliższe lata, dlatego też… Może zobaczymy, co wyniknie z dyskusji.

**Wiceprezes NIK Wojciech Kutyła:**

Szanowny panie przewodniczący, jeśli pan pozwoli, to możemy oczywiście na tym naszą prezentację zakończyć. Ona zawiera zasadnicze ustalenia i wygląda chyba lepiej niż ta poprzednia, jest mniej kontrowersji. Między nami zresztą i Ministerstwem Zdrowia była bardzo dobra współpraca, tak jak z Narodowym Centrum Krwi. Myślę więc, że konkluzje nie budzą w tym wypadku tak wielu wątpliwości. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuję, panie prezesie. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów…? Pani poseł Hrynkiewicz, proszę bardzo.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS) – spoza składu Komisji:**

Tylko pytanie: czy nasz system krwiodawstwa ma dobrą rejestrację tych krwiodawców, którzy mają rzadkie grupy krwi? Pytam o to, ponieważ mam pewne doświadczenia w tym zakresie i nie są one najlepsze.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze? Pan poseł Śniadek, bardzo proszę.

**Poseł Janusz Śniadek (PiS):**

Dziękuję bardzo. Przepraszam, mam dość szczegółowe pytanie. Nie mam specjalnie kompetencji w tym obszarze, pamiętam natomiast… Swego czasu zawsze podziwiałem kolegów, a miałem w swoim otoczeniu wielu takich, którzy byli honorowymi dawcami; niektórzy z nich ponad 10 litrów krwi oddali, i mam dla nich słowa uznania. Pamiętam natomiast, że funkcjonowała wówczas zasada, że krwiodawcom przysługuje dzień wolny. Czy to w dalszym ciągu obowiązuje? A ponadto, jak się zorientowałem już z tekstu, ekwiwalent pieniężny należy się tylko w wypadku rzadkich grup krwi. Rozumiem, że zwykłego krwiodawcy rzecz nie dotyczy, że żadnej innej poza racjami wyższymi motywacji wobec niech się nie stosuje.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa posłów? Nie widzę zgłoszeń. Czy ktoś z naszych gości chciałby odpowiedzieć? Proszę bardzo.

**Doradca techniczny w Delegaturze NIK w Opolu Marzanna Wierzbicka:**

Marzanna Wierzbicka, byłam koordynatorem tej kontroli. Odpowiem może najpierw na pytanie pani poseł. Jest w ustawie o publicznej służbie krwi zapis na temat rzadkich grup krwi i ekwiwalentów przysługujących dawcom oraz wydane zostało rozporządzenie, które precyzuje wypłatę ekwiwalentów zarówno dla dawców rzadkich grup, jak i dawców, którzy zostali poddani zabiegom uodpornienia. Wyniki naszej kontroli wskazują jednak, iż zapisy tego rozporządzenia są na tyle ogólne, że centra krwiodawstwa mają znaczną trudność interpretacji, którego dawcę należałby uznać za dawcę krwi rzadkiej grupy.

Drugi problem polega na tym, że wyszczególnione w rozporządzeniu rzadkie grupy nie są oznaczane przez regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Są to specyficzne antygeny, których oznaczenie wymaga doświadczenia i odpowiednich krwinek wzorcowych, i może to zrobić Instytut Hematologii i Transfuzjologii, jeżeli trafi do niego taka próbka do oznaczenia. Co to oznacza w praktyce? To, że jeśli dawca się zgłosi i odda krew, a dopiero później zostanie ustalone, że jego krew jest rzadkiej grupy, to nie ma on wypłaconego ekwiwalentu.

Następna kwestia, na którą zwróciliśmy uwagę, jest taka, czy istnieje zasadność wypłaty ekwiwalentu w sytuacji, gdy krew tego dawcy nie jest zamrażana bądź przygotowywana dla konkretnego pacjenta, tylko wydawana na ogólnych zasadach, ponieważ wówczas jest to dodatkowy wydatek, w zasadzie nie uzasadniony jakimiś względami ekonomicznymi, ale w myśl obowiązujących przepisów nie ma takich wyjątków, ponieważ rozporządzenie stanowi, że takiemu dawcy przysługuje ekwiwalent za oddaną krew.

Zapoznaliśmy się z przygotowanym projektem ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie. Są zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia takie rozwiązania, że będzie publikowany katalog fenotypów, które centra miałyby uznać za rzadkie, a ekwiwalent byłby wypłacany tylko wówczas, jeżeli dawca będzie wezwany, ale ekwiwalent trakto-

wany nie jako zapłata, lecz raczej rekompensata za niedogodności związane ze stawieniem się w regionalnym centrum krwiodawstwa.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuję. Panie prezesie, bardzo proszę.

**Wiceprezes NIK Wojciech Kutyła:**

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, odpowiem panu posłowi Śniadkowi. Otóż rzeczywiście honorowym krwiodawcom przysługuje dzień wolny z tytułu oddawania krwi. Moje rozczarowanie wzbudził natomiast fakt, o którym dowiedziałem się swojego czasu, nie przy tej kontroli akurat. Jeden z krwiodawców powiedział mi: „tak, tak, mam dzień wolny, tylko że przyszedłem do mojej kadrowej – czy też księgowej – która potwierdziła, że wolny dzień mi przysługuje, że dzień ten jest płacony, ale do podstawy trzynastki już się tego nie wlicza". Czyli dodatkowe wynagrodzenie roczne jest już, niestety, obniżane. Myślę, że można by to… Bo biorąc pod uwagę intencje szlachetne dawców krwi, nie należałoby ich poniekąd za to karać przy nagrodzie rocznej. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa gości czy też państwa posłów? Chciałbym ewentualnie poprosić, bo włożyli państwo pewnie sporo pracy w tę prezentację… Może udałoby się przekazać ją do naszej Komisji na płytkach, bo nie są to jakieś wielkie koszty, albo też przesłać do członków Komisji mejlem.

**Wicedyrektor Delegatury NIK w Opolu Janusz Madej:**

Dobrze, oczywiście, prześlemy tę prezentację.

**Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):**

Będziemy bardzo wdzięczni, chętnie ją zobaczymy, bo na pewno jest bardzo intersująca. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym zamykam dyskusję. Proponuję przyjąć informację do wiadomości. Nie słyszę sprzeciwu. Przyjęliśmy więc informację Najwyższej Izby Kontroli o krwiodawstwie i krwiolecznictwie.

Proszę państwa, przechodzimy do punktu trzeciego porządku posiedzenia – spraw bieżących. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos w tym punkcie? Nikt się nie zgłasza.

Stwierdzam, że porządek dzienny posiedzenia został wyczerpany. Informuję, że protokół posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu.

Dziękuję panu prezesowi wraz ze współpracownikami, dziękuję innym gościom oraz paniom i panom posłom, dziękuję sekretariatowi naszej Komisji.

Zamykam posiedzenie. Dziękuję państwu.